Stefan Neuner-Jehle

Calculateur du risque de fractures dans l'ostéoporose

Un article de la série «La boîte à outils du médecin de famille»



De nombreuses femmes de plus de 50 ans ne sont pas tranquilles lorsque les médias parlent ou écrivent sur la «maladie du siècle ostéoporose». L'industrie pharmaceutique fait une publicité très active pour ses produits chers dans la «guerre contre l'ostéoporose». Quel est véritablement le danger de cette publicité pour la population cible? Toute femme de plus de 50 ans a-t-elle besoin d'une mesure de sa densité osseuse (DXA)? Il y a comme aides des estimateurs de risque. Prenons l'exemple d'une patiente de 62 ans dont la taille a diminué et la colonne vertébrale est voûtée, 165 cm/59 kg, alimentation pauvre en calcium, sans aucun autre facteur de risque d'ostéoporose.

FRAX

C'est en 2007 que John Kanis de Sheffield a extrait d'une énorme cohorte de 290 000 patientes et patients avec un total de 1,5 millions d'années-patients, 18 000 fractures dont 4314 fractures du fémur, des données sur lesquelles repose ce calculateur [1]. Son avantage majeur est qu'avec les plus importants facteurs de risque d'ostéoporose il permet de calculer le risque de fracture *sans* connaître la densité osseuse (elle peut y être introduite comme paramètre supplémentaire). En plus de données biométriques tels qu'âge, sexe, taille et poids des données anamnestiques sont indispensables: ancienne(s) fracture(s), anamnèse familiale, fumée/alcool et étiologies plus rares de l'ostéoporose (corticothérapie, polyarthrite, ostéoporose secondaire). Son inconvénient est que d'autres causes difficilement quantifiables de fractures ostéoporotiques, par ex. la tendance aux chutes, ne sont pas prises en compte et que des paramètres théoriquement quantifiables (nombre de fractures, de cigarettes par jour) ne sont pas différenciés. Le résultat – pourcentage de fractures dans les 10 ans à venir – est subdivisé en toute localisation et fracture du fémur. Pour notre patiente-exemple il donne des risques absolus de 17% et 3,9% (fémur) pour la prochaine décennie.

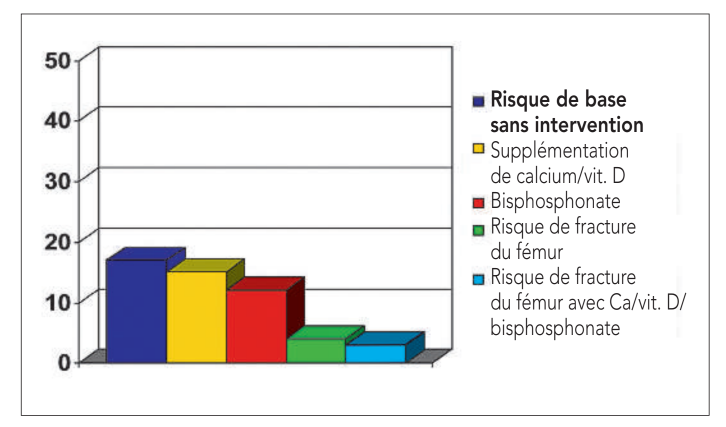
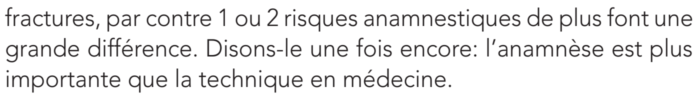


Figure 1
Visualisation du risque de fractures. Risque de fractures à 10 ans calculé avec FRAX pour notre patiente-exemple de 17% pour n'importe quelle fracture et 3,9% pour une fracture du col du fémur (risque de base). Les colonnes montrent de combien ce risque peut être abaissé par des interventions médicamenteuses (données d'efficacité dans [2]).

Fait intéressant, le résultat d'une DXA dans le domaine de l'ostéopénie ne modifie pas sensiblement l'incidence des fractures, par contre 1 ou 2 risques anamnestiques de plus font une grande différence. Disons-le une fois encore: l'anamnèse est plus importante que la technique en médecine.



Osteo-Rheuma «Top»

Les ostéologues suisses ont eux aussi élaboré une liste des données nécessaires pour l'évaluation d'une éventuelle ostéoporose. Ce catalogue très complet, présenté sous forme d'algorithme (uniquement en allemand, n.d.t.), donne un bel aperçu des paramètres dont il faut tenir compte. Mais: faut-il vraiment tous ces examens? La manière de faire proposée par cet instrument pour notre patiente: plus de calcium, DXA, examens de laboratoire et traitement. Les médicaments pour ce faire sont présentés en détail en fin de parcours. Nous n'avons le calcul du risque à la fin de cet instrument que si nous avons le résultat de la DXA et nous l'y incorporons. Finalement nous pouvons élégamment faire la liste des indications et recommandations pour notre patiente.

Conclusion

La création de FRAX a été un jalon car cet outil permet une estimation très précise sans diagnostic technique. Je ne peux plus m'en passer dans ma consultation et ces chiffres me permettent souvent de tranquilliser les patientes à faible risque sans qu'une DXA ne soit nécessaire. Si la décision pour un traitement médicamenteux est tombée nous ne pouvons cependant pas nous passer d'une DXA à cause des limitations de la LS et pour l'évaluation de l'évolution.
Les risques – tout comme dans le domaine cardiovasculaire – peuvent être assez simplement présentés visuellement dans un fichier Word ou esquissés à la main (fig. 1). La patiente les comprend ainsi mieux et peut prendre sa décision en meilleure connaissance de cause.

Liens pour les calculateurs et leur mode d'emploi:
www.shef.ac.uk/FRAX
www.osteo-rheuma.ch/TOP

Références

1 Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. Osteoporos Int. 2008l;19(4):385–97.
2 Black DM, Cummings SR, Karpf DB, Cauley JA, Thompson DE, et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Fracture Intervention Trial Research Group. Lancet. 1996;348(9041):1535–41.

Correspondance:
Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
Institut für Hausarztmedizin Zürich
Pestalozzistrasse 24, 8091 Zürich, Sneuner[at]bluewin.ch